



ATENEO CLÍNICO

**Hospital Dr. Cosme Argerich.
Servicio de Cardiología**

Juan Pablo Lestard

10/06/2015

PACIENTE: L.V.
Fecha de ingreso: 27/01/2015

SEXO: femenino

EDAD: 41 años

Fecha de alta hospitalaria: 09/03/15

MOTIVO DE CONSULTA:

Disnea

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente con antecedentes de miocardiopatía dilatada de etiología chagásica, refiere presentar episodios transitorios de disnea clase funcional III asociado a palpitaciones y sudoración profusa; motivo por el cual decide consultar a médica de cabecera, quien decide realizar Holter de 24hs, evidenciándose un episodio de taquicardia ventricular monomorfa sostenida (TVMS) asociado a síntomas de similares características.

Por tal motivo se decide su internación en unidad coronaria para diagnóstico y tratamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES

FACTORES DE RIESGO CORONARIO:

Ex Tabaquista: 5 cigarrillos por día por 10 años.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

- *Miocardiopatía dilatada chagásica*
- *Insuficiencia Cardíaca CF-II.*
- *Episodios presincoales de más de un mes de evolución*
- *Internación en UCO en agosto de 2013 por TVMNS en contexto de legrado obstétrico programado.*

ANTECEDENTES PERSONALES:

Lugar de nacimiento: Chaco

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:

Gesta 3 – Partos 1 – Cesárea 1 – Aborto 1

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PREVIOS:

- *Ecocardiograma (2012): VI levemente dilatado con Fey VI: 50%. AI no dilatada. Cavidades derechas normales. Válvulas normales. IM Leve. Sin derrame pericárdico.*
- *SPECT (2013): Hipocaptación severa a nivel apical y moderado a nivel inferior.*

MEDICACIÓN HABITUAL:

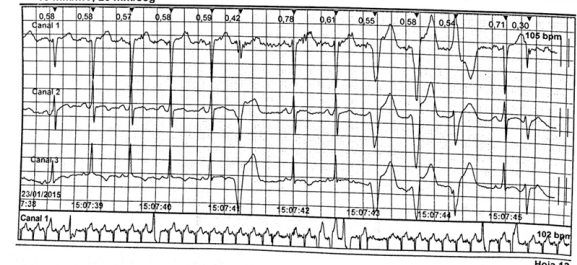
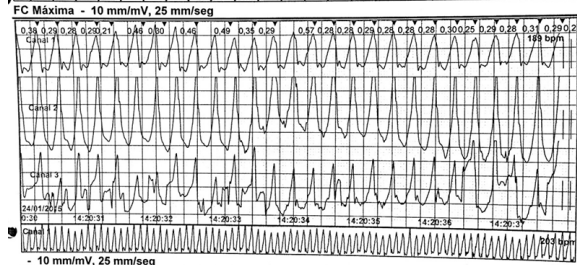
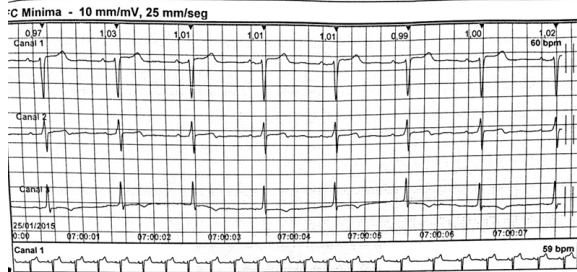
Carvedilol 6,25 cada 12hs

Enalapril 5 mg cada 12hs

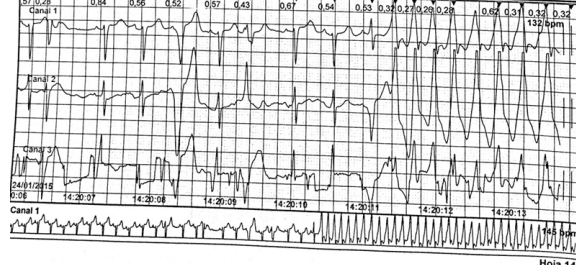
Amiodarona 200mg por día

Espironolactona 25mg por día

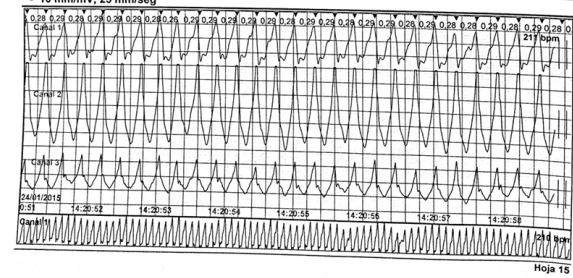
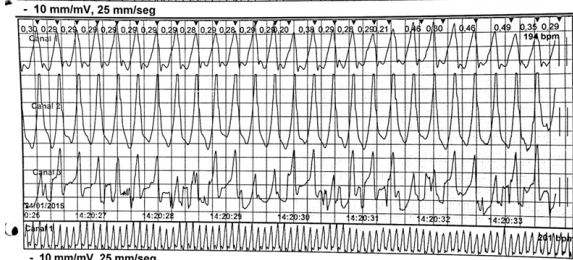
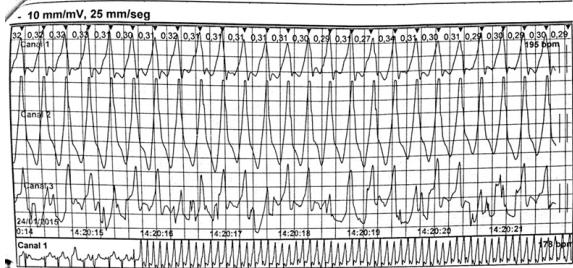
HOLTER 24HS:23/01/15



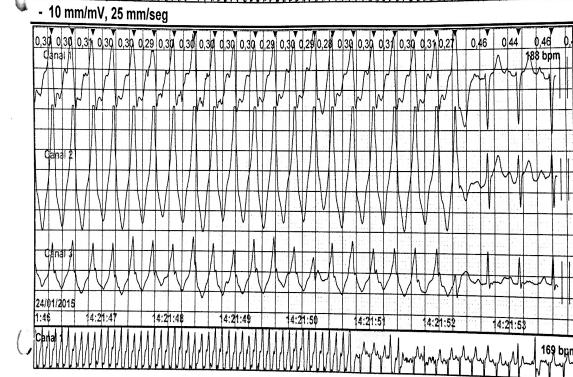
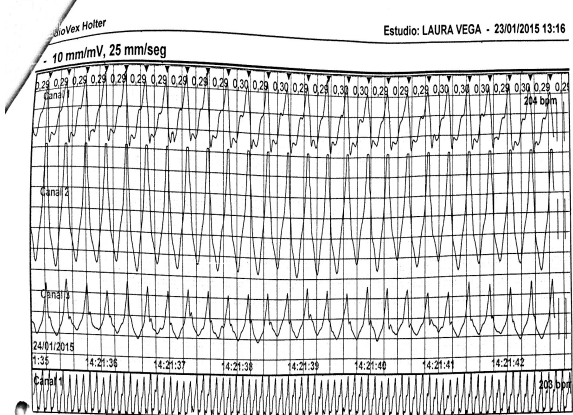
Hoja 13



Hoja 14



Hoja 15



EXAMEN FÍSICO – INGRESO UCO 27/01/15

TA: 94/62mmHg

FC: 70 lpm

FR: 18 rpm

T°: 36,5 °C

Sat: 98%
(0,21)

Aparato cardiovascular: Buena perfusión periférica. Ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio. Choque de punta en 4° EIC LMC. Pulsos periféricos presentes, regulares y simétricos. R1 y R2 en cuatro focos. No R3. No se auscultan soplos.

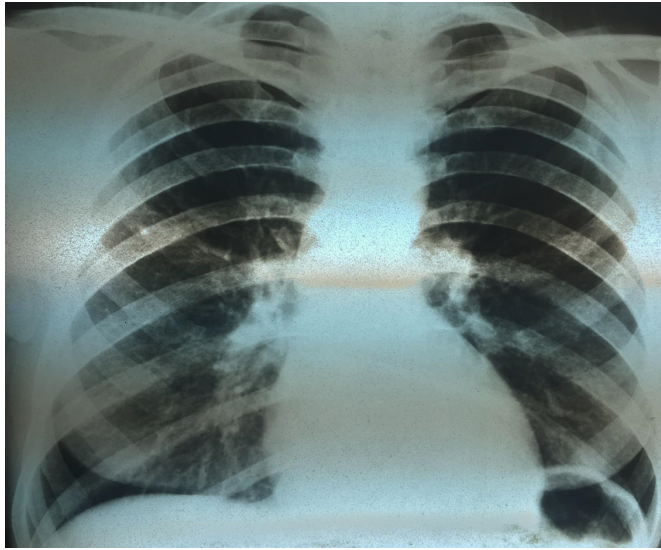
Aparato respiratorio: buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral. No se auscultan ruidos agregados.

Abdomen: blando, depresible, indoloro. No se palpan visceomegalias, RHA+.

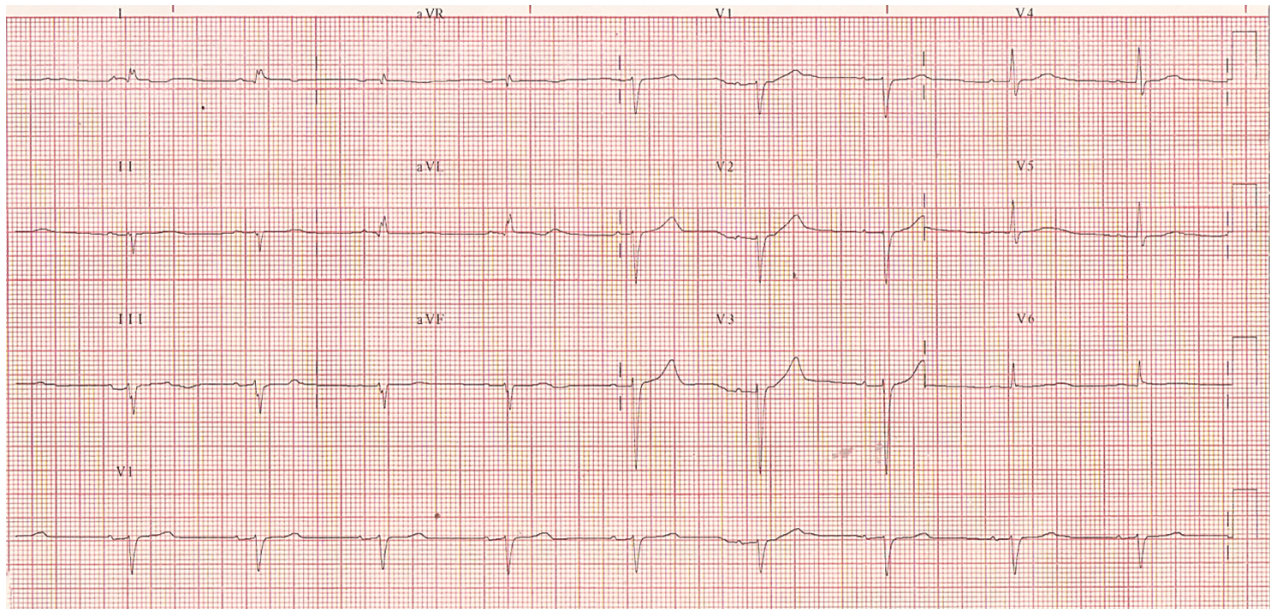
Neurológico: paciente lúcida sin foco motor ni sensitivo.

Piel y TCS: no presenta edemas. Cicatriz abdominal por cesárea.

Rx de Tórax L.V. 27/01/15



ELECTROCARDIOGRAMA L.V. 27/01/15



Evolución UCO 27/01 al 30/01

Paciente ingresa a UCO hemodinámicamente estable, afebril, sin requerimientos de drogas vasoactivas.

Se realiza interconsulta con servicio de Electrofisiología, quien dado los antecedentes de la paciente y episodios arrítmicos se decide indicar cardiodesfibrilador implantable (CDI) y ablación dada la recurrencia del cuadro y evitar así descargas múltiples del CDI.

Se realiza Ecocardiograma doppler.

Evoluciona en forma favorable, no constatándose eventos arrítmicos, por lo que el día 30/1 se decide su pase a sala de Cardiología a la espera de colocación de CDI y ablación

ECOCARDIOGRAMA 27/01/15

DDVI:64 mm	DSVI: 49 mm	FAC: 30	SVI: 8mm	PP: 8mm	AI: 3,8cm	Ao: 2,8cm
---------------	----------------	---------	----------	---------	-----------	-----------

Ventriculo izquierdo (VI) levemente dilatado con grosor parietal normal. Presenta hipoquinesia global a predominio septal e inferoposterior.

Leve a Moderado deterioro de la función sistólica. Fey 42%

Aurícula izquierda no dilatada.

Cavidades derechas de dimensiones normales. FSVD conservada (TAPSE 20mm).

Válvulas morfológicamente normales, sin evidencia de disfunción.

Patrón de llenado mitral, de tipo normal. Relación E/E' de 8, que indica adecuada PFDVI

VCI no dilatada (23mm) con colapso inspiratorio menor al 50%.

No se observa derrame pericárdico.

Evolución en sala 30/01 - 09/03

Evoluciona con episodio de dolor abdominal de tipo cólico, asociado a náuseas, por lo que se realiza interconsulta con Cirugía general.

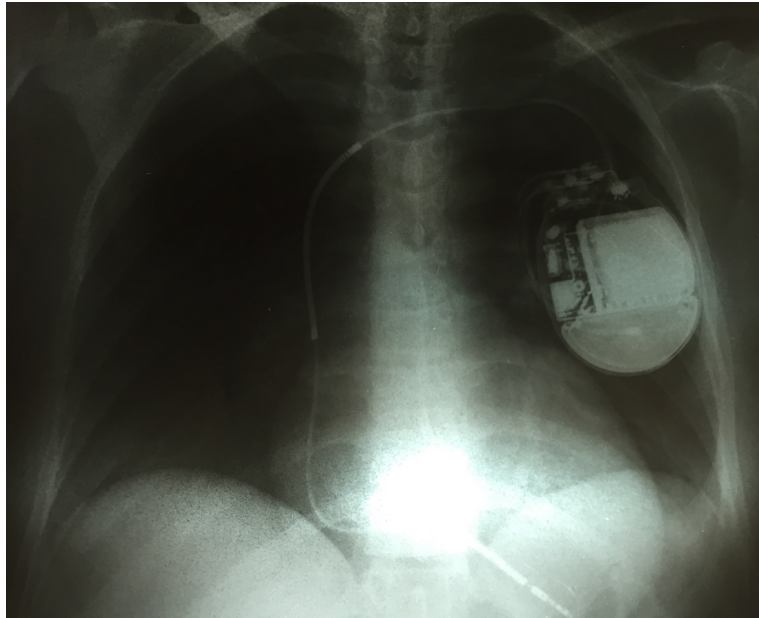
Se realiza ecografía abdominal evidenciándose vesícula biliar multilitiásica con paredes finas.

Se interpreta como litiasis vesicular sintomática. Se decide en forma conjunta tratamiento médico, difiriendo conducta quirúrgica hasta resolución de cuadro cardiológico.

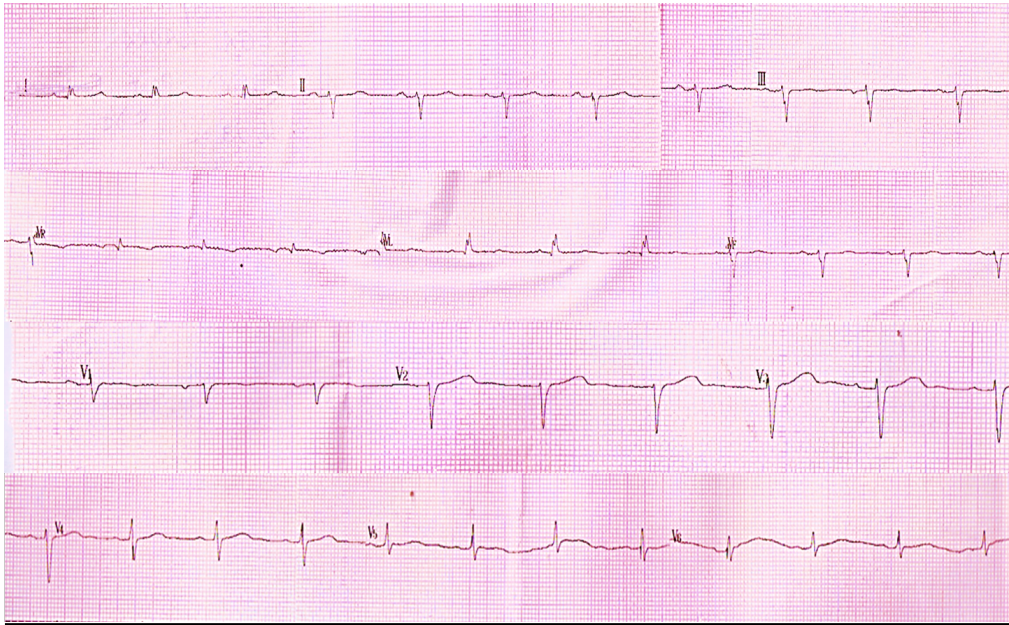
El día 05/03 coloca CDI en forma exitosa.

Posteriormente se decide el alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio por servicio de Electrofisiología.

Rx de tórax pos colocación CDI



ECG Pos colocación CDI



	27/01	28/01	30/01	06/02	13/02	22/02	05/03
Hcto	36%	37%	37%	40	36	36	38
GB	6600	4400	8800	8200	5500	7500	5900
Plaquetas	186000	193000	211000	253000	264000	279000	238000
Glucemia	93	89	96	93	94	105	93
Urea	43	27	44	44	29	27	37
Creatinina	0,71	0,62	0,76	0,89	0,9	0,96	0,9
Na+	141		142	132	134	139	136
K+	3,8		3,9	4,4	4,3	3,9	4,6
Cl	103		104	91	95	102	96
Colesterol		71					
TP/KPTT	90/30		88/32		70/33		
BT/BD		0,33/0,1				0,18/0,1	0,21/0,1
GOT/GPT		16/11				20/29	18/21

TSH: 0,7 (0,5 – 4,5)

Amilasa: 64 (0 – 125)

T4: 4,67 ug/ml (4,5 – 12)

Hb 1ac: 5,1%

MEDICACIÓN AL ALTA

Enalapril 5mg cada 12hs

Espironolactona 25mg por día

Bisoprolol 2,5mg por día

Amiodarona 200mg por día